

УДК 616.366-003.7-06]-089(043.3)

© С.Г. ЧЕТВЕРІКОВ, М.Р. БАЯЗИТОВ, О.О. ОЛІЙНИК

Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського державного медичного університету, Одеська обласна клінічна лікарня

Травматичність лапароскопічного доступу в хірургії жовчнокам'яної хвороби

S.H. CHETVERIKOV, M.R. BAYAZYTOV, O.O. OLIYNYK

Centre of Reconstructive and Restoration Medicine (University Clinic) of Odessa State Medical University, Odessa Regional Clinical Hospital

EXPRESSION OF TRAUMA AT LAPAROSCOPIC ACCESS IN SURGERY OF GALLBLADDER DISEASE

Проаналізовано можливості використання єдиного лапароскопічного доступу і комбінованих міні-лапароскопічних трансумбілікальних оперативних втручань у хірургії жовчнокам'яної хвороби. Ці технології застосовано у 25 пацієнтів із добрими найближчими і віддаленими (в термін до 1 року) результатами. Перший досвід використання таких операцій дає змогу зробити висновок про перспективність подальших досліджень, відпрацювання оперативної техніки і модернізації інструментарію.

Possibilities of the use of single laparoscopic access and combined minilaparoscopic transumbilical operative techniques in surgery of gallbladder disease have been analyzed. These technologies we have performed on 25 patients with the good nearest and long-term results (in terms to 1 year). The first experience of the use of such operations allows to make a conclusion about perspective of further researches, working of operative technique and modernization of instruments.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Використання традиційних лапароскопічних оперативних втручань при жовчнокам'яній хворобі за допомогою стандартних 10-міліметрових інструментів у певній кількості хворих супроводжується розвитком таких ускладнень, як післяопераційні вентральні грижі, гнійно-септичні ускладнення, формування суттєвих косметичних дефектів на шкірі живота. Для видалення жовчного міхура з конкрементами, навіть за умов їх подрібнення в ендоконтейнерах, хірург вимушений розширювати один із троакарних проколів. Таке розширення доступу призводить до збільшення травматичності операції, погіршення косметичного ефекту та збільшення вірогідності виникнення післяопераційних гриж. Можливим шляхом вирішення цієї проблеми є зменшення кількості троакарних доступів та виконання єдиного доступу в ділянках живота, де він не викликає суттєвих косметичних дефектів, насамперед у пупковій ділянці. Такі операції виконуються протягом останніх 3 років. На XIII з'їзді хірургів-ендоскопістів у Москві (лютий 2010 р.) був запропонований термін "хірургія єдиного лапароскопічного доступу", який найбільш повно відповідає змісту цих технологій. Однак кількість робіт, присвячених цим методикам, дуже

мала. У даний час не розроблено принципових можливостей обґрунтованого застосування хірургічних технологій єдиного лапароскопічного доступу в хірургії жовчнокам'яної хвороби; не визначені показання і протипоказання до їх використання, відсутня детальна оцінка оперативної техніки [1, 2].

Мета роботи: зменшення травматичності, поліпшення функціональних результатів та косметичного ефекту оперативних втручань при жовчнокам'яній хворобі.

Матеріали і методи. Протягом останнього року з використанням методик єдиного лапароскопічного доступу та комбінованих міні-лапароскопічних втручань нами прооперовано 25 хворих на жовчнокам'яну хворобу. Це були переважно (18 пацієнток) жінки молодого віку, без складної супутньої патології та ожиріння. У 5 пацієнток ми застосовували можливість використання вагінального доступу для маніпуляцій на органах черевної порожнини під відеоендоскопічним контролем та для видалення видаленого органа із черевної порожнини. У 5 хворих виконано лапароскопічну холецистектомію з використанням системи єдиного лапароскопічного доступу та зігнутих інструментів власної конструкції, у 15 хворих виконана міні-лапароскопічна холецистектомія із розташуванням двох 5-міліметрових троакарів у пупковій ділянці че-

рез один розтин шкіри та одного 3-міліметрового троакара у правій підреберній ділянці для проведення маніпуляцій із жовчним міхуром та дренивання черевної порожнини. При хронічному калькульозному холециститі проведено 17 операцій, а при гострому (недеструктивні форми у серозній стадії запалення) – 8 операцій. У 2 хворих виконано симультанну операцію – холецистектомію та двобічну аднексектомію з приводу прооперованої раніше гормоночутливої пухлини молочної залози. 9 пацієнтів мали невелику за розмірами (до 5 см) пупкову грижу. У цих хворих на першому етапі проводили мобілізацію грижового мішка, виділення грижових воріт із створенням умов для наступної пластики черевної порожнини, яка проводилась після видалення жовчного міхура поліпропіленовими алотрансплантатами за методикою “sub lay”.

Нами використовувалися лапароскопи діаметром 2,6 та 4,2 мм, для введення яких застосовували стандартні 3- та 5-міліметрові троакари. Для міні-лапароскопії використовувалися 3-міліметрові стандартні інструменти та оригінальні, власної конструкції, троакари-маніпулятори для тракції внутрішніх органів діаметром 2,6 та 3 мм. Використано оригінальну систему єдиного лапароскопічного доступу, яка складається з кільця діаметром 25 мм з фіксованим на ньому гумовим рукавом (використовувався презерватив) та троакарної площадки з клапанною системою для одного 10-міліметрового та двох 5-міліметрових інструментів. Для маніпуляцій на жовчному міхурі використовувалися зігнуті інструменти власної конструкції з можливістю обертання робочого кінця на 360° (дисектор, електрокоагуляційний гачок, відсмоктувач). Міхурову протоку кліпували за допомогою 10-міліметрового або 5-міліметрового кліпаплікатора російського виробництва середньої величини титановими кліпсами. У випадках гострого холецистити, технічних труднощів при виконанні холецистектомії при хронічному холециститі підпечінкову ділянку дренивали 3-міліметровим силіконовим дренажем через прокол у правій підреберній ділянці.

Результати досліджень та їх обговорення. Всі оперативні втручання пройшли без інтраопераційних ускладнень. У 10 хворих через технічні труднощі ми були вимушені перейти до традиційної лапароскопічної холецистектомії шляхом введення 5-міліметрового троакара в епігастральній ділянці. Цих пацієнтів виключили з нашого дослідження. Кольпотомічний доступ після видалення органа не закривали, проводили лише тампонування піхви. Час, використаний для

проведення втручань, варіювався від 30 до 180 хв. Хворі перебували в стаціонарі після операції від 1-ї до 4-х діб. При спостереженні за пацієнтами протягом перших місяців (до 1 року) після операції віддалених ускладнень не спостерігали, відмічено добрий косметичний ефект.

Перший досвід використання єдиного лапароскопічного доступу та комбінованих міні-лапароскопічних трансумбілікальних оперативних втручань дозволяє зробити висновок про можливість їх застосування в хірургії жовчнокам'яної хвороби. Найбільш показані ці методики при поєднанні жовчнокам'яної хвороби з пупковою грижею або розширенням пупкового кільця з формуванням ліпоцеле. Ожиріння накладає деякі обмеження на використання єдиного доступу через труднощі його адекватного ушивання. Для попередження цих проблем ми використовували провізорне накладання швів на розсічений апоневроз до введення порту із зав'язуванням вузлів після його видалення. Шви накладали із застосуванням монофіламентної поліпропіленової лігатури діаметром “2-0”. Зберегти принцип триангуляції у лапароскопічній хірургії при використанні єдиного лапароскопічного доступу можна лише при використанні зігнутих інструментів із поворотним робочим кінцем. Це стосується насамперед дисектора та електрокоагуляційного гачка. Після мобілізації шийки жовчного міхура, виділення міхурової протоки та артерії їх кліпування та пересікання прямими кліпаплікатором та ножицями не викликало проблем.

Наявність одного оперативного доступу із розтином шкіри довжиною до 2,5–3 см та розтином апоневроза довжиною до 2 см дозволяє провести оперативне втручання та видалення жовчного міхура з черевної порожнини без технічних проблем та контамінації троакарного проколу мікрофлорою з жовчного міхура. Таке асептичне проведення завершального етапу операції дозволяє попередити інфікування рани з розвитком гнійно-септичних ускладнень. Це, в свою чергу, зменшує вірогідність розвитку троакарних центральних гриж, не викликає у післяопераційному періоді суттєвого больового синдрому.

Висновки. Використання єдиного лапароскопічного доступу та комбінованих міні-лапароскопічних трансумбілікальних оперативних втручань є перспективним напрямком розвитку сучасних хірургічних технологій, які потребують подальшого вдосконалення та впровадження в практичну діяльність спеціалізованих хірургічних центрів, розробки технічних прийомів виконання операції та удосконалення інструментарію та інших технічних засобів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Single Port Access Laparoscopic Cholecystectomy / Bucher P., Pugin P. et al. // World J. Surgery. – 2008. – Vol. 33, № 5. – P. 1015–1019.

2. Podolsky E.R., Rottman S.J., Curcillo P.G. 2nd. Single port access (SPA) cholecystectomy: two year follow-up // JSLS. – 2009. – N. 4, Vol. 13. – P. 528–535.

Отримано 17.08.10